

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		番号		
	被保険者の氏名	氏名				
		住所	〒			
		生年月日	年	月	日	電話 ()
	出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)				
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名				
		生年月日	年	月	日	
出産予定医療機関等	名称					
	所在地	〒				
申請者に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所	
				口座名義	(フリガナ)	

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。				
	年 月 日				
	甲の住所				
	氏名 印				
乙の所在地					
名称 印 電話 ()					
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所
				口座名義	(フリガナ)

(備考欄)